

(表)

様式第1号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者氏名

(署名又は記名押印をしてください)

(補助対象者が未成年の場合、法定代理人が署名又は記名押印)

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。

また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。

- ・申請者及びに補助対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること
- ・医療機関に治療内容を照会すること、及び医療用補整具の購入先に購入内容を照会すること

補助対象者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏名		年	月 日 ( 歳)
	住所	〒	電話 ( )	
申請者※	ふりがな		補助対象者	父 ・ 母 ・ その他
	氏名		との関係	( )
	住所	〒	電話 ( )	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具 (補整下着又は人工乳房のいずれか)	
			補整下着 (下着とともに使用するパッドも含む)	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア 円 (税込)	(補整下着の金額) エ 円 (税込)	(人工乳房の金額) キ 円 (税込)
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円
	補助対象額	ウ【アに1/2を乗じて得た額 (小数点未満切り捨て) 又はイのうちいずれか低い額】 円	カ【エに1/2を乗じて得た額 (小数点未満切り捨て) 又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ【キに1/2を乗じて得た額 (小数点未満切り捨て) 又はクのうちいずれか低い額】 円
補助申請額	円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)			
過去の受給状況	浜松市又は他の地方公共団体からの医療用補整具の購入費補助等の受給の有無 (有 ・ 無)			
市税の納付又は納入の状況の確認についての同意 (同意する場合は下記に☑を記入)				
<input type="checkbox"/> 浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、申請者の市税の納付又は納入状況について確認することに同意します。				
暴力団排除に関する誓約 (誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入)				
<input type="checkbox"/> 浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約し、承諾します。				
(1) 次に掲げる者のいずれにも該当しません。				
・暴力団 (浜松市暴力団排除条例 (平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)				
・暴力団員等 (条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)				
・暴力団員等と密接な関係を有する者				
・(法人その他の団体の場合) 上記3点に掲げる者のいずれかが役員等 (無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。) となっている法人その他の団体				
(2) 浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。				

※補助対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑))

- 薬物療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書など (がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。)
- 医療用補整具の購入に係る領収書 (申請者の氏名、購入した年月日 (領収書の日付と異なる場合は別途記載があるもの)、品名、金額の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは全頭用であることが、乳房補整具は補整下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。)
- 商品カタログ等の購入した補整具が確認できるもの (乳房補整具の購入に限る)

◎ 注意事項

- ※ 補助金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

◎ 個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、浜松市のがん対策の推進に必要な用途 (施策の立案や調査及び分析等) に活用することがあります。